

University of Groningen

Oordeel en vooroordeel in psychiatrische diagnostiek

Rooymans, Henricus Gerardus Maria

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version

Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:

2013

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Rooymans, H. G. M. (2013). Oordeel en vooroordeel in psychiatrische diagnostiek. Groningen: s.n.

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

SAMENVATTING

Het doel van deze studie was meer inzicht te verwerven in de wijze waarop een psychiater tot zijn diagnostische uitspraken komt. De achtergrond voor deze vraag werd gevormd door de bestaande onvrede met de psychiatrische diagnostiek. In de *Inleiding* worden schetsmatig en globaal enkele probleem-gebieden aangeduid. Gewezen wordt o.a. op het onderscheid tussen individuele diagnose (personality model) en classificatie (rubricering).

Besproken wordt dat het diagnostisch proces te zien is als een beslissingsproces dat zich voltrekt in een zekere tijdsperiode. De beslissingen tijdens dat proces genomen, en de informatie daartoe ingewonnen, vormen tezamen een keten: de *diagnostische strategie*.

Benadrukt wordt tenslotte dat het geheel een exploratief onderzoek is, en dat het in deze studie meer ging om *onderzoek-methoden* dan om de resultaten op zichzelf.

Het *eerste deel* van deze studie behelst een aantal globale exploraties in de diagnostische strategie. Eerst worden een aantal basisbegrippen uit de informatie-theorie en de besliskunde besproken, gevolgd door enige algemene literatuurgegevens over het diagnostisch beslissingsproces (hoofdstuk 1).

In hoofdstuk 2 wordt een serie experimenten beschreven waarbij het diagnostisch proces werd nagebootst in een spelsituatie met behulp van een twenty-questions-techniek. Er bleken tussen de (8) proefpersonen grote verschillen te zijn in aantal gestelde vragen, aard van de gewenste informatie en de volgorde waarin de gewenste gegevens werden gevraagd. Men bleek er op gespits zo snel mogelijk een *rubriekdiagnose* te stellen alvorens een „eindbeslissing” te nemen (een beslissing wat er verder met de patient moet gebeuren). Met betrekking tot de wijze waarop deze rubriekdiagnose werd bereikt werden drie verschillende diagnostische “approaches” onderscheiden: een „intuïtieve”, een „planmatig-systematische” (diagnosis-by-exclusion) en een „verzandende aanpak”.

Na een kritische bespreking van resultaten en methodiek, mede in het licht van de literatuur, volgt de beschrijving van een tweede serie vraag-antwoordspellen. Hierbij werd o.a. een betalingssysteem voor de informatie (fiches) gebruikt, terwijl de proefpersonen nu opereerden in paren (5 paren). Het aantal vragen bleek duidelijk kleiner,

doch nog met grote verschillen tussen de paren. Men bleek er nu minder op gericht een rubriekdiagnose te stellen. Met betrekking tot aard en volgorde van de gewenste gegevens waren de verschillen aanzienlijk.

Mede vanuit de resultaten werd aannemelijk gemaakt dat de spel-situatie tekort schoot als „model” omdat de risico's die in de realiteit een rol spelen, hier niet aanwezig waren. Vanuit dit gezichtspunt werd een experiment ondernomen waarbij de werkelijkheid zo dicht mogelijk werd benaderd (hoofdstuk 3). In dit live-experiment trad een psychiater als „beslissend” arts op over een net opgenomen patient, nochtans zonder dat hij deze patient ooit te zien kreeg. Hij diende alle z.i. benodigde informatie via vragen in te winnen. Een dergelijke opzet vereiste, mede op „ethische” gronden, een uitvoerige planning.

Het experiment duurde 14 dagen. De opzet bleek uitvoerbaar. Dat de proefpersoon zich over een breder front van het toestandsbeeld informeerde dan in de spellen meestal het geval was geweest, en nogal eens vragen stelde naar het effect dat bepaalde door hem genomen beslissingen hadden gehad, leek er op te wijzen dat deze live-methodiek superieur was aan de methode in de spellen toegepast. Benadrukt wordt dat een zeker oordeel hierover alleen mogelijk is als er meer live-experimenten zijn uitgevoerd.

Weer kwam naar voren dat *rubricering* van belang werd geacht. Een gedetailleerde analyse van het informatie-beslissingsproces was niet mogelijk, zodat over de structuur van de diagnostische strategie nog weinig te zeggen valt. Ook om deze reden wordt gepleit voor uitvoering van meer van dergelijke experimenten.

In Deel II werd het onderzoekveld ingekrompen tot de *rubriekdiagnose*. Centraal stond de vraag hoe de psychiater tot een dergelijk oordeel komt. De rubriekdiagnose werd tevens gezien als exemplarisch voor klinische oordelen in het algemeen.

Hoofdstuk 4 bevat een uitgebreid literatuur-overzicht. Besproken worden: de doeleinden van de diagnose, en de vraag of de diagnose daaraan beantwoordt, de vigerende classificatie-systemen, de reliability van de diagnose. Bij de factoren die van invloed zijn op de - gemeenlijke lage - reliability wordt vooral aandacht besteed aan de onderzoeker zelf: van belang bleken zijn vooroordelen, waaronder zijn base-rates (samenhangende o.a. met de setting waarin hij diagnostiseert en de theorie die hij aanhangt), die zich o.a. uiten in het toekennen van een verschillend gewicht aan symptomen bij de vaststelling van de diagnose. Tot slot wordt in dit hoofdstuk nog het een en ander opgemerkt over computer-diagnostiek.

In hoofdstuk 5 wordt een informatie-analytisch experiment beschreven waarbij een aantal proefpersonen over enkele, hun onbekende, patienten geschreven „brokjes” informatie kregen toegevoerd. Na ieder brokje dienden zij hun diagnostische opinies vast te leggen in een tevoren vervaardigde diagnoselijst. De lijst werd genomen op face-value; de problemen rond de betrouwbaarheid van de lijst worden uitvoerig besproken. Voor iedere ingevulde lijst werd een onzekerheidsmaat bepaald (\bar{H}). Uit verschillen in onzekerheid tussen de invullingen was iets af te leiden over de informatieve betekenis die aan de toegediende gegevens werd gehecht. Het bleek dat bij alle proefpersonen de onzekerheid daalde naarmate meer brokjes informatie werden verstrekt, doch het verloop van deze daling was voor ieder verschillend. De informatieve betekenis aan bepaalde gegevens toegekend, was voor ieder anders, al bleek wel bij iedereen de reden van verwijzing van belang (naast enkele andere gegevens, tendele vallend onder het hoofd „status praesens”). Bij een aantal proefpersonen bleken voorts vooral de *eerste* gegevens te leiden tot een sterke daling van de onzekerheid. Dit leek, tezamen met de overige resultaten, te wijzen op de belangrijke rol die *biases* (vooroordelen) spelen in de diagnostiek.

Overwogen werd voorts of de uitgesproken individuele bepaaldheid van de diagnostiek mede te wijten was aan het feit dat men de patient niet „zag”. Vanuit deze vraag werd een experiment uitgevoerd (hoofdstuk 6) waarbij de proefpersonen tijdens een demonstratie van een patient 4 x een diagnoselijst dienden in te vullen: de eerste maal na aanhoren van de personalia, de tweede maal na bekendmaking van de reden van verwijzing, de derde maal na voorlezing van een uitgebreide levens- en ziektegeschiedenis van de patient, en een kort verslag van het psychiatrisch onderzoek, en de vierde maal nadat de patient zelf was gedemonstreerd in een kort interview. Het interview bleek bij de psychiaters weinig invloed te hebben; de diagnostiek leek al tevoren te zijn vastgelegd. Wel trad bij onervaren coassistenten na het interview een duidelijke daling van de onzekerheid op. De resultaten lieten verder zien hoe snel psychiaters hun oordeel vormden; bij een aantal tekende zich de diagnostiek al af nadat men de personalia van de betreffende patient had gehoord; voorts daalde bij een aantal de diagnostische onzekerheid sterk nadat men de reden van verwijzing wist.

Waar de bevindingen uit het tweede deel wezen op de belangrijke rol die vooroordelen spelen in de diagnostiek, werd het onderzoekveld in *Deel III* van deze studie beperkt tot „Het Vooroordeel”.

Een bespreking van biases wordt gekoppeld aan een bespreking van algemene vooroordelen, die men nodig heeft om uit alle aangeboden informatie te kunnen selecteren.

In hoofdstuk 7 worden enkele aantekeningen gemaakt over fundamentele vooroordelen in de geneeskunde, en wordt gepoogd een indeling van vooroordelen te maken. Vervolgens wordt ingegaan op de vraag door welke factoren in de diagnosticus vooroordelen worden bepaald of beïnvloed. Genoemd worden o.a. de diagnostische context waarin de psychiater werkt, zijn ervaring en kennis, de door hem aangehangen theorie, mogelijk ook sympathie- of antipathiegevoelens jegens de patient. In het raam van de vraag door welke informatie vooroordelen worden opgeroepen, c.q. geactualiseerd, wordt de betekenis besproken van enige elementaire personalia en de gelaats-expressie, behorend tot de informatie opgedaan bij de „eerste indruk” van een patient.

In hoofdstuk 8 wordt een experiment beschreven waarbij werd onderzocht of het gericht-zijn op behandeling van een diagnosticus invloed uitoefent op zijn diagnose-stelling. Dit werd nagegaan door diagnoses gesteld door (7) behandelende psychiaters op een aantal rapporten over patienten te vergelijken met op dezelfde rapporten gestelde diagnoses door een vergelijkbare groep psychiaters die niet therapeutisch geïnvolveerd waren. Uit dit exploratieve experiment resulteerde de hypothese dat in de gevallen waarin de ene groep voor een andere diagnose had gekozen dan de andere groep, de behandelende psychiaters de voorkeur hadden gegeven aan een therapeutisch meer beïnvloedbare diagnose, resp. de therapeutisch minder beïnvloedbare diagnose hadden gemeden. De hypothese werd bevestigd.

In hoofdstuk 9 wordt een onderzoek beschreven naar de informatieve betekenis van een tweetal personalia (leeftijd en beroep; dit laatste als index voor de sociale laag) voor de rubriekdiagnose. Deze gegevens werden gevarieerd en „ingebouwd” in steeds eenzelfde hoeveelheid overige klinische informatie. Op grond hiervan moest een aantal psychiaters kiezen tussen voorgelegde diagnostische alternatieven. Met name de leeftijd bleek van groot belang, minder het beroep. Benadrukt wordt dat de gebruikte methode ook toegepast kan worden bij het nagaan van de betekenis van andere, elementair te achten informatie.

Onder het hoofd „Slotopmerkingen” worden tenslotte enkele opmerkingen gemaakt van algemene aard over de betekenis van dit onderzoek.

SUMMARY

The aim of this study was to gain a better insight into the way in which a psychiatrist arrives at his diagnostic judgements. This problem was set against the background of the existing dissatisfaction with psychiatric diagnostics. In the *Introduction* a few problem areas are described in broad outline. One of the matters pointed out is the distinction between individual diagnosis and classification (taxonomy).

It is stated that the diagnostic procedure can be seen as a decision procedure taking place within a certain period of time. The decisions taken during that procedure, and the information collected for that purpose, together form a chain: the *diagnostic strategy*.

Finally it is emphasized that the whole investigation is exploratory, and that this study was more concerned with *investigation methods* than with the results in themselves.

The *first part* of this study contains a number of broad explorations in diagnostic strategy. First, a number of basic concepts from information theory and decision-making are discussed, followed by some general data on the literature about the diagnostic decision procedure (Chapter 1).

In Chapter 2 a series of experiments are described in which the diagnostic procedure was imitated using the twenty-questions technique. It was found that there were large differences between the (8) subjects in the number of questions asked, the nature of the information desired, and the sequence in which the details wanted were requested. There was a general keenness to make a *classificatory diagnosis* as rapidly as possible before coming to a final decision about the treatment of the patient. With regard to the way in which this classificatory diagnosis was reached, three different approaches were distinguished, viz. an 'intuitive', a 'systematic' (diagnosis-by-exclusion) and an 'indecisive' approach.

A critical assessment of the results and methodology, partly in the light of the literature, is followed by the description of a second series of twenty-questions games. This time a system of payment (by counters) for the information was introduced, while the subjects now operated in pairs (five pairs). The number of questions was found to be distinctly lower, although there were still large differen-

ces between the pairs. There proved to be less focus on making a classificatory diagnosis, but there were considerable differences in the nature and sequence of the details desired.

The game method proved, partly from its results, to suffer shortcomings as a 'model', because the risks present in reality are absent. The insight gained in this way led to an experiment which approached reality as closely as possible (Chapter 3). In this live experiment, a psychiatrist figured as the doctor 'deciding' about a newly-admitted patient, without however ever seeing the patient. He was obliged to collect all the information he judged necessary by questioning a third person. Such a set-up required elaborate planning, partly on 'ethical' grounds.

The experiment lasted a fortnight, and the set-up proved feasible. The fact that the subject asked for information over a broader front of the mental state than had generally been the case in the games, and frequently posed questions about the effect that certain decisions of his had had, seemed to indicate that this live method was superior to the previous one. It is emphasized that a firm verdict on this matter will only be possible after further live experiments have been performed.

It emerged once again that classification was thought important. A detailed analysis of the information decision procedure was not possible, so that little can be said as yet about the structure of diagnostic strategy. For this reason too a plea is made for more experiments of this nature to be done.

In *Part II* the investigation was limited to *classificatory diagnosis*, focused on the question of how the psychiatrist reaches this judgement. At the same time, classificatory diagnosis was also seen as a model for clinical judgements in general.

Chapter 4 contains an extensive survey of literature. Subjects discussed are the aims of diagnosis, whether the diagnosis suits these aims, the current systems of classification, and the reliability of diagnosis. Among the factors influencing reliability, which is normally low, the investigator himself receives particular attention: it was found that his prejudices were important, including his biases and base-rates (linked up with, among other things, the setting in which his diagnosis is made and the theory he adheres to), which are betrayed by, for example, his attaching varying weight to particular symptoms in making his diagnosis. At the end of the chapter a few remarks are made about computer-diagnosis.

In Chapter 5 an experiment on information analysis is described,

in which a number of subjects were supplied with pieces of written information about patients unknown to them. After each piece they were required to record their diagnostic opinions on a previously drafted diagnosis list. The list was taken at face value; the problems concerning the validity of the list are dealt with at length. A measure of uncertainty was determined for each list completed (\hat{H}). From the differences in uncertainty between the entries it was possible to make deductions about the informational value attached to the data supplied. It was found that in each case the uncertainty decreased as more pieces of information were given, but the course of this decrease varied from subject to subject. The informational value attached to particular data varied in each case, although each subject considered the reason of referral to be important (besides some other data, partly falling under the heading of 'mental state'). Further, in a number of subjects the *first* data in particular were found to lead to a sharp decrease in uncertainty. This, together with other results, seemed to point to the prominent part played by biases in making diagnoses.

It was further considered whether the pronounced individuality of the subjects in their diagnostic approach was partly due to the fact that they did not 'see' the patient. This led to an experiment (Chapter 6) in which the subjects had to complete a diagnosis list in fourfold: the first time after hearing some biographical data, the second after the reason of referral had been given, the third after a comprehensive life- and clinical history of the patient had been read out, and finally after the patient himself had been seen in a short interview. This interview proved to have little effect on the psychiatrists; their diagnostic opinions seemed to have been formed beforehand. However, inexperienced postgraduate medical students displayed a clear drop in uncertainty after the interview. The results further revealed how rapidly psychiatrists form their judgements: a number had already outlined their diagnosis after hearing the biographical details of the patient concerned, and a number also showed a sharp fall in uncertainty on learning the reason of referral.

As the finding of Part II pointed to the prominent role played by bias in making diagnoses, the field of investigation in *Part III* of this study was limited to Prejudices and Biases. A discussion of the biases is linked to a discussion of general prejudices which are needed in order to be able to make a selection from all the information offered.

In Chapter 7 some comments are made about prejudices in medical

science, and an attempt is made at some sort of classification. Then the question is examined which factors in the diagnostician determine or influence his prejudices. We mentioned, among others, the diagnostic context in which the psychiatrist works, his experience and knowledge, the theory he adheres to, and possibly feelings of sympathy or antipathy towards the patient. Concerning the matter of which information evokes or actualizes prejudices, the significance of some elementary personal details and facial expression is discussed, since they belong to the information obtained at the 'first impression' of a patient.

In Chapter 8 an experiment is described to investigate whether the fact that he is therapeutically oriented influences a psychiatrist's diagnosis. This was done by comparing diagnoses made on reports by (7) therapeutically oriented psychiatrists with diagnoses made on the same reports by a comparable group of non-therapeutically oriented psychiatrists. From this explorative experiment the hypothesis emerged that in the cases where the two groups had chosen different diagnoses, the therapeutically oriented subjects had preferred a diagnosis more susceptible to therapy, or had avoided a less susceptible diagnosis. The hypothesis was confirmed.

In Chapter 9 an investigation is described into the informational significance of two biographical details (age and occupation; the latter as an indicator of social class) for classificatory diagnosis. These data were varied and accompanied each time by a quantity of identical clinical information. From this information, a number of psychiatrists had to choose between alternative diagnoses. It was found that age in particular is important, occupation less so. It is emphasized that the method used can also be applied to check the significance of other information considered elementary.

Under the heading of 'Final Comments' some general remarks are made about the significance of this investigation.